

(様式1)

診療情報提供書(紹介状)

地域医療連携室宛 FAX(0897)-31-7051

愛媛県立新居浜病院

平成 年 月 日

科 _____ 先生 名称 _____
住所 _____
TEL () - _____
FAX () - _____
医師名 _____ 印

紹介患者	ふりがな 氏名	男・女						愛媛県立新居浜病院受診歴 有・無					
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)							
	住所	TEL											
被保険者氏名		保険者番号											
記号・番号		本人・家族											
資格取得日		年 月 日				有効期限		年 月 日					
公費負担者番号		公費負担医療の受給者番号											
医療受給者証の一部負担金割合		1割・2割											
受診希望日		月 日 () (第2希望				月 日 ())							
紹介目的		1診療 2検査		内視鏡(胃・大腸) 画像検査(MRI・CT)(単純・造影) その他()									
傷病名													
既往歴及び家族歴													
症状経過及・治療経過及び検査結果													
現在の処方等													